

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 108

APPENDICITE ET GROSSESSE

DIAGNOSTIC — INDICATIONS OPÉRATOIRES
TECHNIQUE ET RÉSULTATS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 mars 1930

PAR

Jean-Xavier-Henri FILHASTRE

Né à LAVARDAC (Lot-et-Garonne), le 11 juin 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur...	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 108

APPENDICITE ET GROSSESSE

DIAGNOSTIC — INDICATIONS OPÉRATOIRES
TECHNIQUE ET RÉSULTATS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 mars 1930

PAR

Jean-Xavier-Henri FILHASTRE

Né à LAVARDAC (Lot-et-Garonne), le 11 juin 1900.

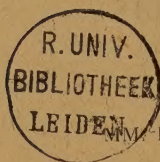
Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur...	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE, DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNERET.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CRÉVYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MON FILS

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAILHE
Chef de Clinique gynécologique de la Faculté.

Qui m'a prodigué ses conseils avec
la plus grande bienveillance.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,

Officier de l'Instruction publique.

Pour le très grand honneur qu'il m'a
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.

APPENDICITE ET GROSSESSE

DIAGNOSTIC — INDICATIONS OPÉRATOIRES

TECHNIQUE ET RÉSULTATS

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, on s'est beaucoup occupé de la question de l'appendicite en général et on a insisté particulièrement sur le diagnostic qui, autrefois, paraissait des plus faciles, mais dont les difficultés se sont fait jour à mesure que progresse la chirurgie.

Il est particulièrement intéressant d'étudier l'appendicite chez la femme enceinte et cela pour plusieurs raisons : la gravité spéciale qu'elle revêt dans cet état et la difficulté que l'on éprouve à porter un diagnostic qui doit être sûr et précoce, pour pouvoir intervenir en temps voulu, car c'est de la précocité du diagnostic et du traitement que dépendra souvent le sort de la mère et de l'enfant.

Il y a déjà fort longtemps que l'on s'est occupé de la question, puisque la première observation fut communiquée par Hancock à la Clinical Society de Londres, en 1848. Depuis, de nombreux travaux ont été effectués par plusieurs auteurs.

Nous avons cru bon de mettre en relief, par ce travail, le

traitement de l'appendicite au cours de la puerpéralité, c'est-à-dire l'appendicectomie, les indications opératoires et les résultats obtenus. Mais auparavant, pour bien en saisir la portée, nous avons jugé de toute utilité de consacrer un chapitre aux rapports qui existent entre cette affection et la grossesse pour en montrer l'étiologie, en connaître la fréquence et souligner les difficultés parfois très grandes que rencontrent souvent les médecins appelés à porter un diagnostic. Nous verrons également combien sont nombreuses les causes d'erreur qui jettent si souvent un doute dans l'esprit du chirurgien et compromettent, par ce fait, la rapidité de l'intervention. Depuis longtemps déjà, le traitement entre dans une voie de plus en plus interventionniste et, comme nous le verrons plus loin, les résultats sont loin de condamner cette conception qui nous paraît fort juste. C'est pour cette raison qu'après avoir rappelé les points essentiels de la question : rapports de l'appendicite et de la grossesse, diagnostic, étiologie, dont les auteurs se sont surtout préoccupés et qui ont été étudiés si souvent, nous avons tenu à insister sur la technique de l'appendicectomie, seul traitement rationnel de cette affection.

HISTORIQUE

Les premières publications ayant trait à un cas d'appendicite observée au cours de la grossesse seraient, d'après Findley, celle de Hancock à la Clinical Society de Londres, en 1848, concernant une femme opérée d'un abcès appendiculaire au cinquième mois de la grossesse, et celle de Korn, communiquée en 1885 à la Société de gynécologie de Dresde, se rapportant à une femme morte de péritonite aiguë, au sixième mois de sa grossesse, et à l'autopsie de laquelle il avait trouvé l'appendice perforé et adhérent à l'utérus. Il est certain qu'au début, on a confondu l'appendicite des femmes enceintes avec la péritonite. Un certain nombre de femmes étaient atteintes de signes péritonéaux et, comme on ne savait pas ce qu'elles avaient, on disait : « Elles meurent de péritonite », sans spécifier; puis quand on a vu qu'un certain nombre d'individus étaient atteints de typhlite, on a pensé que la femme enceinte pouvait également contracter cette maladie. C'est en 1886 que Reginald Fitz substituait à l'ancienne conception obscure de la typhlite d'Albert de Born la notion des lésions initiales de l'appendice. Les travaux de Paul Munde, parus dans le *Medical Record* de 1894 et 1895, précisèrent les relations qui existent entre les inflammations appendiculaires et l'état gravidique. Il montra, pour la première fois, avec Abrahams, que l'appendicite se voyait assez souvent chez la femme enceinte et surtout qu'elle s'y montrait en général extrêmement grave.

Quelques années après, en France, vers 1897 et 1898, apparurent des travaux importants dont quelques-uns sont restés

classiques; parmi ceux-ci, il faut retenir les noms de Pinard, de Dieulafoy (1), puis Tuffier et Legendre (2), qui s'attachèrent à montrer la gravité particulière de l'appendicite durant la gestation, à en rechercher les raisons, en même temps qu'à fixer la conduite à tenir. Il y eut des discussions à la Société d'obstétrique et de gynécologie, à la suite desquelles Pinard semblait avoir rallié tous les suffrages pour affirmer que l'appendicite était toujours très grave pendant la grossesse et qu'il fallait opérer l'appendicite chez la femme enceinte, dans tous les cas, sans exception.

Au cours des années qui nous séparent des communications du Professeur Pinard, les observations d'appendicite au cours de la gestation ont été publiées en très grand nombre, aussi bien en France qu'à l'étranger et, de ce fait, on a été amené à publier des statistiques très intéressantes. C'est ainsi que, en 1911, Schmid a publié 458 cas d'appendicite chez la femme enceinte; Pénard, élève de Routier, en 1912, fit sa thèse sur ce sujet et publia une soixantaine de cas personnels; enfin, il y a quelques années, Jerlov publiait un travail portant sur 456 cas.

(1) Dieulafoy, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1987-98, t. II, 16^e leçon, p. 345.

(2) Tuffier et Legendre, *Appendicite et grossesse* (*Rev. d'obst. et péd.*, 1897, p. 200-41).

RAPPORTS DE L'APPENDICITE ET DE LA GROSSESSE CONDITIONS ETIOLOGIQUES. — DIAGNOSTIC

A. — Etiologie.

L'opinion courante veut que l'état de gestation prédispose dans une grande mesure à l'appendicite. S'il en était ainsi, l'appendicite devrait être beaucoup plus fréquente au cours de la puerpéralité qu'en dehors d'elle. Aussi est-il intéressant de savoir si elle est plus fréquente chez la femme enceinte que chez la femme non enceinte.

M. Pinard, qui avait dit que l'appendicite était relativement fréquente chez les femmes enceintes, a trouvé 1 cas d'appendicite sur 11.497 femmes accouchées à Baudelocque.

Chroback, de Vienne, sur 13.00 accouchements, a trouvé 13 cas. A la Clinique Tarnier, sur 12.000 accouchements pratiqués, on a observé 16 cas d'appendicites opérées (Brindeau). D'après ces statistiques, cela fait environ 1 appendicite sur 2.000 gestations. Si, maintenant, nous regardons les statistiques des chirurgiens pour savoir quelle est la fréquence de l'appendicite chez la femme enceinte, par rapport aux autres appendicites, nous remarquons que Routier, sur 1.300 appendicites opérées, a vu seulement 12 femmes enceintes. Eiselborg, sur 520 appendicites, a trouvé seulement 13 grossesses. Enfin, Jerlov, sur 30.000, en a trouvé 456.

Si l'on peut douter de l'influence de l'état de gestation pour produire des lésions sur un appendice sain, par contre, il nous semble que le rôle de la gestation est difficilement discutable en ce qui concerne la récurrence d'appendicite antérieure à cet état. Cela ne veut pas dire que toute femme ayant eu une première crise doit nécessairement récidiver pendant la gestation; mais cette femme, atteinte précédemment, est exposée à des accidents graves au cours de sa grossesse.

Quelles sont donc les causes prédisposantes propres à l'état gravidique, et pourquoi cette récurrence ?

Trois causes seulement méritent d'être retenues : la constipation, l'exaltation des microbes intestinaux et, enfin, les causes purement mécaniques.

1° Nous n'ignorons pas l'action néfaste de la constipation dans la genèse des inflammations et infections de la région typhlo-appendiculaire. Bouchet, de Paris (1902-1903), a étudié, dans sa thèse, les accidents dus à la constipation pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Nous savons que les femmes qui ont de l'appendicite sont souvent des constipées et, comme la grossesse exagère la constipation, il est facile d'en déduire l'action néfaste.

2° L'augmentation de virulence des microbes intestinaux, en particulier du colibacille, est une hypothèse plausible et très défendable; il n'est pas douteux en effet que, pendant la grossesse, la femme s'infecte par le colibacille; c'est ce qui explique les poussées si fréquentes de pyélonéphrite et de cholécystite chez les femmes enceintes. Le Professeur Bar fait de l'appendicite, dans les mêmes circonstances, une manifestation ou une complication d'un ordre analogue.

Dieulafoy a soutenu que la grossesse favorisait les calculs non seulement dans le foie, mais dans l'appendice, et la pathogénie de l'appendicite, pour un certain nombre d'auteurs, est le calcul stercoral.

3° Quant aux causes purement mécaniques, elles consistaient dans des compressions, troubles circulatoires, tiraillements, coudures, que l'utérus pourrait faire subir à l'appendice. On disait que le cæcum, sous l'influence de la grossesse, était refoulé par en haut et que c'était ce déplacement qui provoquait l'appendicite; l'utérus, maintenu par les adhérences, pouvait déchirer quelques adhérences plus ou moins septiques et pouvait même, en remontant, déchirer l'appendice, d'où péritonite généralisée.

Fultz a fait des recherches sur les cadavres de femmes encein-

tes et a conclu que le cæcum, sous l'influence de la grossesse, se déplaçait en trois sens : a) de bas en haut; b) de dehors en dedans, c'est-à-dire vers la ligne médiane; c) d'arrière en avant, se rapprochant de la paroi antérieure de l'abdomen. Il a constaté qu'à sept mois, le cæcum est au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure; à huit mois, il est tout près du fond de l'utérus, sur la ligne mamelonnaire; enfin, à terme, il est tout près du foie.

Des études furent faites sur des pièces congelées par Varnier, puis reprises par Couvelaire; de plus les recherches faites par les cliniciens qui ont examiné le cæcum chez la femme enceinte ont montré que les affirmations de Futz ne se vérifiaient pas. Hoffmann a radiographié un certain nombre de femmes enceintes; il a vu que sur 39 cas, deux fois seulement l'appendice était en position élevée; dans les 37 autres cas, il était en position presque normale. Sur les 37 cas d'Hoffmann : dans 2,7 p. 100 des cas, il était au-dessus de la crête iliaque; dans 10, 8 p. 100 des cas, au niveau de la crête iliaque et, enfin, dans 86,5 p. 100 des cas, l'appendice était au-dessous de la crête iliaque, et cela chez des femmes à terme.

La région appendiculaire est donc relativement fixe dans la fosse iliaque droite et exposée, de ce fait, aux compressions qu'exerce sur lui l'utérus gravide. Les adhérences pathologiques résultant en particulier des crises appendiculaires antérieures, si fréquentes dans les cas qui nous intéressent, ne peuvent que favoriser la fixité de la région cæco-appendiculaire.

Une autre question très importante au point de vue de l'étiologie est de savoir à quel moment de la grossesse on voit le plus souvent se produire l'appendicite.

Pénard fit un tableau portant sur 129 cas :

- 20 fois dans les grossesses de 1 à 3 mois;
- 36 fois dans les grossesses de 3 à 5 mois;
- 36 fois dans les grossesses de 5 à 7 mois;
- 22 fois dans les grossesses de 7 à 9 mois;
- 15 fois au moment du travail ou après.

Jerlov a fait une statistique en répartissant les cas graves et les cas légers. De ces chiffres, nous pouvons déduire que les formes légères de l'appendicite se rencontrent plus souvent dans les premiers mois et que, au contraire, c'est à partir du cinquième mois que les cas graves deviennent plus fréquents.

Dans les suites de couches, l'appendicite est beaucoup plus rare que pendant la grossesse. C'est ainsi que Schmid a trouvé 424 fois l'appendicite chez les femmes enceintes et 62 fois seulement dans le *post partum*. Jerlov a constaté 390 fois l'appendicite chez la femme enceinte et 66 fois seulement dans les suites de couches. D'après cet auteur, on verrait surtout l'appendicite chez la femme enceinte entre 15 et 30 ans; ce sont par conséquent les femmes relativement jeunes qui en seraient atteintes.

On est en droit de se demander si l'on rencontre, pendant la gestation, toutes les formes anatomiques que l'on constate en dehors de la grossesse; les quelques chiffres que nous donnons ci-après vont nous montrer qu'à ce point de vue il n'y a rien de changé. Sur 72 cas d'appendicite, Pénard a trouvé 19 fois la péritonite généralisée, 30 fois des abcès, 6 fois la perforation, 11 fois l'entérite muco-membraneuse et 6 fois l'appendicite chronique.

Jerlov, sur 456 cas, a trouvé 76 cas légers, 55 péritonites, 58 abcès, 43 gangrènes, 64 appendicites chroniques; 160 cas n'ont pas été vérifiés par l'opération ou par l'autopsie.

B. —Diagnostic positif.

Il est de toute nécessité que nous étudions maintenant les divers symptômes que nous pourrions trouver chez les femmes enceintes qui présentent une appendicite et qui nous permettront de porter le diagnostic.

Tout d'abord, les commémoratifs nous seront d'un grand secours. En effet il est extrêmement rare qu'une crise d'appendicite survienne pour la première fois au cours d'une grossesse; en interrogeant les malades, nous serons frappés de la

fréquence avec laquelle elles accuseront une ou plusieurs crises antérieures : soit une crise subaiguë, qui a rétrocedé avec le traitement médical, glace, diète, etc.; soit plusieurs crises répétées d'appendicite chronique.

On peut observer, au cours de la gestation, des appendicites à symptomatologie identique à celle des appendicites qui surviennent en dehors de la grossesse. Mais, très souvent, les symptômes classiques sont un peu modifiés. C'est cette modification des symptômes que nous nous proposons de mettre en relief.

La douleur est variable comme intensité et comme localisation. On la rencontre quelquefois dans la fosse iliaque droite au point de Mac Burney, mais nous devons signaler le déplacement de ce point que l'on trouvera plus haut que d'ordinaire, l'appendice remontant parfois du fait du développement utérin. Porak et Schwartz ont indiqué que la latérotation droite de l'utérus pouvait gêner la palpation, si bien qu'on aura avantage à examiner la femme dans le décubitus latéral gauche. La douleur peut se rencontrer aussi quelquefois au niveau du creux épigastrique et de l'ombilic. Elle serait persistante, continue, sans paroxysme et souvent précédée de petites douleurs erratiques dans tout l'abdomen. Enfin elle peut être réveillée quelquefois par les mouvements de l'enfant.

Les nausées et les vomissements. — Ils ne sont peut-être pas aussi fréquents qu'on le croit; il y a 50 p. 100 des femmes enceintes atteintes d'appendicite qui ne vomissent pas; pourtant on s'attendrait à les trouver presque constants, étant donné qu'il s'agit de femmes enceintes. Cependant, lorsqu'ils existent, une restriction est à faire sur leur valeur sémiologique, car ils sont assez fréquents chez la femme enceinte qui ne présente aucun symptôme pouvant faire croire à une appendicite. Mais, en fait, un vomissement qui survient brusquement et s'accompagne d'une douleur abdominale et d'une légère élévation de température doit faire penser à une appendicite probable. Certains auteurs sont allés un peu loin, entre

autres Toupet, qui disait que la plupart des femmes qui avaient des vomissements incoercibles étaient atteintes d'appendicite, et il concluait que toutes les femmes qui ont des vomissements incoercibles doivent être opérées. Si l'on a constaté quelques résultats heureux après l'appendicectomie, c'est que l'élément névropathique joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de ces accidents.

La température et le pouls. — Ces deux éléments sont importants dans le diagnostic de l'appendicite en dehors de la gestation. Chez la femme enceinte, ce sont des guides bien moins sûrs. Très souvent, en effet, la température est au-dessous de 39 degrés. Dans des cas extrêmement graves, se terminant par la mort, il n'est pas rare de voir la température rester normale. Brindeau et Jeannin ont rapporté le cas d'une femme atteinte d'appendicite suraiguë qui n'a jamais présenté à aucun moment d'élévation de température.

Le pouls est en général un peu plus accéléré qu'il ne devrait l'être par rapport à la température. Comme en dehors de la gestation, la dissociation du pouls et de la température garde toute sa valeur diagnostique et pronostique.

Un des meilleurs signes de l'appendicite, en dehors de la grossesse, est la défense musculaire. Que donne-t-elle chez la femme enceinte ? Nous devons insister sur ce point que, souvent, elle peut faire défaut; l'explication en est fournie par l'écartement et la distension des muscles abdominaux; il est très important de le savoir, car cette absence de contracture abdominale rend trop souvent le diagnostic tardif et est d'ailleurs symptomatique de formes adynamiques ou de péritonite appendiculaire.

Un autre signe, plus particulier, est la *défense utérine*. La tension permanente de l'utérus gravide au cours de l'appendicite a été signalée par plusieurs auteurs (Porak et Daniel, Péry, Rocher et Favreau). Quand on examine une femme enceinte de 7 à 8 mois, qui souffre de douleurs violentes de l'abdomen et que l'on trouve son utérus dur comme du bois, on est en droit de se demander si on ne se trouve pas devant

une hémorragie rétroplacentaire. Dans certains cas, c'est de l'appendicite. Il semble, en effet, que, parfois, l'appendicite provoque une contracture de l'utérus. Lemeland a attiré l'attention sur ce symptôme, qui est d'une importance appréciable quand on trouve, par ailleurs, d'autres signes d'appendicite.

D'après le rapide exposé de ces différents signes de l'appendicite chez la femme enceinte, on peut concevoir que le diagnostic est encore plus difficile chez la femme enceinte qu'en dehors de la grossesse. On comprend dès lors facilement combien l'irrégularité des symptômes de l'appendicite évoluant pendant la grossesse explique la facilité avec laquelle on confond cette maladie avec d'autres complications. Nous nous permettrons d'insister sur quelques diagnostics qui se posent avec une réelle fréquence et qui sont souvent des causes d'erreurs d'autant plus faciles qu'il existe un certain nombre de symptômes communs.

Il y a, au cours de la grossesse, une affection qui est à l'origine de nombreuses sources d'erreur; nous voulons parler de la pyélonéphrite. Dans les deux cas, en effet, nous constatons des symptômes communs, surtout s'il s'agit d'appendicite rétro-cæcale, où la douleur, spontanée et provoquée, siège souvent au niveau de l'angle costo-vertébral, simulant les douleurs rénales et urétérales. La contraction abdominale, qui fait souvent défaut, dans la fosse iliaque droite est souvent remplacée par une contracture lombaire. On comprend donc que cette forme spéciale d'appendicite peut simuler étrangement la pyélonéphrite par sa douleur et sa contracture lombaires. Mais ce qui rend encore le diagnostic plus difficile, c'est la fréquence des troubles urinaires dans l'appendicite, et certains auteurs disent même qu'ils existent dans 50 p. 100 des cas environ. Ces troubles peuvent se manifester par des envies fréquentes d'uriner, par de la dysurie et quelquefois même par de la pyurie; la raison de ces troubles, c'est qu'il n'est pas rare que la malade soit atteinte à la fois d'appendicite et de pyélonéphrite. Pour bien examiner la malade,

elle devra être couchée à plat, et on mettra la main au niveau de la fosse rénale pour rechercher si le rein est tuméfié et douloureux. Dans les cas difficiles, surtout dans l'appendicite rétrocæcale, il vaut mieux avant d'opérer faire le cathétérisme des uretères. Mais la présence de pus et de colibacilles ne permet pas d'éliminer le diagnostic d'appendicite, car la coexistence de ces deux affections n'est pas rare et peut, en cas de pyélonéphrite, laisser ignorer l'appendicite.

Un autre diagnostic très difficile à établir est celui d'appendicite avec une salpingite droite. Il ne faudrait pas croire qu'elle n'existe pas pendant la grossesse, et il est bon de savoir qu'une femme atteinte de salpingite même double peut devenir enceinte. C'est ainsi que Brindeau a pu recueillir, il y a quelques années, 93 cas de salpingite pendant la grossesse; de même Sundberg, qui en a publié 64 cas. Comment pourra-t-on arriver à faire le diagnostic ? D'abord par les antécédents : ces malades diront qu'elles souffraient au moment de leurs règles et qu'elles avaient des pertes blanches. Ensuite, l'examen de l'utérus fournira de très bons renseignements; quand on essaiera de le mobiliser, soit dans un sens, soit dans l'autre, on provoquera une douleur, qui sera beaucoup plus vive dans un cas de salpingite que dans le cas d'appendicite. Les signes fournis par le toucher vaginal nous seront également précieux; quand on met le doigt dans le cul-de-sac latéral et que l'on essaie de déplacer l'utérus à gauche, on tire sur la base de la trompe et on provoque ainsi une douleur beaucoup plus vive que dans les cas d'appendicite. Pénard a publié quelques cas où il existait une appendicite suppurée en même temps qu'une salpingite du côté droit.

La grossesse extra-utérine constitue également une cause d'erreur assez fréquente, et il est à remarquer que c'est presque toujours la grossesse extra-utérine qui est méconnue. A ce sujet, Brindeau rapporte l'observation suivante : « Il y a quelques années, j'ai vu une femme qui avait été observée par un accoucheur et même par un chirurgien. Elle avait eu au troisième mois de la grossesse une première crise douloureuse,

extrêmement violente, dans le côté droit, avec des vomissements, un peu de température, et on pensa à une crise d'appendicite. Le chirurgien fit mettre de la glace sur le ventre. La femme guérit et, trois mois plus tard, il se produisit une nouvelle crise douloureuse. Le chirurgien conseilla d'attendre encore un peu; nous arrivions en effet aux environs du terme. Le fœtus succomba, et l'on me fit appeler : je trouvai une masse volumineuse à côté d'un utérus qui paraissait vide. A l'opération, je constatai que cette femme n'avait pas d'appendicite, mais une grossesse ectopique; il s'était produit une série de petits ictus péritonéaux, qui avaient fait croire à des crises d'appendicite. »

Dans certains cas, le diagnostic entre l'appendicite et la gestation ectopique peut être en effet très délicat. Cela provient de ce qu'aucun signe n'est absolument spécial à l'une ou l'autre de ces deux affections; la fièvre peut être absente dans l'appendicite et assez élevée dans la gestation ectopique rompue. La douleur et la contracture, par leur diffusion, peuvent être communes aux deux affections. De même le toucher vaginal peut être douloureux dans l'appendicite comme il l'est au cours de rupture tubaire.

Nous ne ferons que signaler une cause d'erreurs beaucoup plus rare, qui consiste à croire à une cholécystite aiguë. Le siège parfois élevé du cæcum et de l'appendice en donne l'explication.

Enfin Tissier a relaté, à la Société d'obstétrique de Paris (1903), un cas de pseudo-occlusion intestinale simulant l'appendicite chez une femme enceinte; l'opération fit découvrir un appendice sain. Le 19 mars 1903, Brindeau a signalé également un cas d'occlusion vraie qui fut prise pour une appendicite. On trouva là encore l'appendice sain. L'intestin ne présentait ni brides, ni volvulus, et l'utérus gravide, comprimant à droite le côlon ascendant, était seul la cause de tous ces symptômes alarmants. L'occlusion intestinale peut être produite par une autre cause : coudure par un écrasement et pincement

par bride. Comme on doit opérer, on fera le diagnostic après l'ouverture de l'abdomen.

Dans les suites de couches, l'appendicite ne mérite pas une description clinique particulière. Mais la grande cause d'erreur est, ici, l'infection puerpérale à laquelle on pense toujours. Cette erreur est grave, car les thérapeutiques intra-utérines que l'on emploie pour conjurer cette affection font perdre un temps précieux avant d'intervenir. Mais la recherche soigneuse dans le passé des malades, avant et en cours de gestation, de troubles abdominaux imputables à une lésion appendiculaire aidera à éviter cette cause d'erreur. Souvent un interrogatoire précis permettra de découvrir l'existence, avant le déclanchement du travail, de douleurs plus ou moins nettes, parfois siégeant dans la fosse iliaque droite, et de fièvre aux environs de 38 degrés qui traduisaient déjà une appendicite latente. Si l'on fait un toucher, le col, dans le cas d'infection utérine, est ouvert largement, les culs-de-sac sont empâtés, effacés. Cet état du col est très important à connaître; Budin disait à juste titre : Col fermé signifie utérus sain; col ouvert signifie utérus infecté ou utérus douteux. »

INDICATIONS OPERATOIRES

Une première question se pose : Doit-on opérer prophylactiquement les femmes enceintes ? Puisque la grossesse favorise la récurrence de l'appendicite et aggrave considérablement, dans la plupart des cas, les appendicites même bénignes et puisque les interventions à froid chez les femmes en dehors de la gestation sont relativement bénignes, ne faut-il pas opérer les jeunes filles à marier et les jeunes femmes mariées non enceintes ayant des poussées d'appendicite ? C'est une question importante que les médecins ont souvent à résoudre. Il n'est pas douteux qu'on doit conseiller de faire opérer d'appendicectomie toute femme en période d'activité génitale susceptible de devenir enceinte, et toute jeune fille avant son mariage, s'il existe dans leurs antécédents une atteinte appendiculaire nette. C'est un devoir pour le médecin de mettre en garde la famille et la malade elle-même contre le danger qu'elle court, et il doit user de toute son autorité pour faire accepter une intervention qui, pratiquée dans ces conditions, présente le minimum de dangers ; si, toutefois, l'intervention était refusée, il doit engager la malade à se soumettre à une surveillance médicale attentive, au cas où une gestation surviendrait. Nous voulions insister sur ce point, pour condamner et essayer d'enrayer ce courant de l'opinion publique qui s'est fait jour ces dernières années, et dont les animateurs, peut-être sans méchanceté, mais avec une certaine ironie, accusent le chirurgien d'avoir « le bistouri un peu léger ». C'est surtout l'ignorance qui est à la base de telles accusations ; aussi le rôle du médecin est d'insister et faire entrevoir les avantages de l'appendicectomie prophylactique. Nous con-

naissions, pour notre part, plusieurs maris qui n'ont pas hésité à faire opérer leurs femmes atteintes d'appendicite chronique dans les deux ou trois premiers mois de leur première grossesse, en prévision d'une nouvelle crise qui aurait pu survenir. Dans tous ces cas, le résultat a été des plus heureux.

Quelle doit-être l'attitude du médecin en face d'une crise d'appendicite ? Traitement médical, obstétrical ou chirurgical ? Du traitement médical, nous n'en parlerons pas, puisqu'il est pour ainsi dire inexistant. Le traitement obstétrical, préconisé pour cure d'appendicite par l'avortement ou l'accouchement, nous paraît exagéré. Le seul rationnel est le traitement chirurgical. Mais, là, nous retrouvons, comme en dehors de la grossesse, les mêmes opinions ; les uns, préférant attendre le refroidissement, les autres, voulant opérer d'emblée. En 1896, Munde écrivait ce qui suit : « Je pense que de nombreux exemples d'appendicite, avec ou sans suppuration, se produisant pendant la grossesse ou le travail, qui ont été relatés depuis la publication de mon mémoire, il y a environ un an, doivent nous engager à nous mettre en garde contre cet accident, dans cette circonstance, comme dans toutes les autres, et à traiter la maladie sans nous préoccuper de l'existence de la grossesse ; c'est pourquoi je ne suis pas du même avis que les médecins qui veulent, pour une attaque d'appendicite, provoquer l'avortement ou l'accouchement. » Pinard pose comme principe : « Toute appendicite diagnostiquée commande l'intervention. » De même, Dieulafoy : « Puerpérale ou non puerpérale, l'appendicite doit être opérée sans retard. » Futh, Weber, sont des partisans de l'expectative, sous prétexte que l'appendicite n'est pas toujours grave ; ils trouvent exagéré de recourir systématiquement à l'intervention sanglante, présentant toujours une part d'inconnu. Cet argument ne nous paraît guère fondé, car rien ne peut faire prévoir si une appendicite deviendra grave ou non, et nous estimons que, lorsqu'on a la perspective de compromettre l'existence de deux êtres vivants, l'expectative doit être rejetée.

On rencontre pendant la gestation toutes les formes cliniques que l'on constate en dehors de la grossesse.

Dans la pratique, on se trouvera en présence :

soit d'une appendicite simple sans réaction péritonéale appréciable;

soit d'une appendicite compliquée d'abcès appendiculaire;

soit d'une appendicite compliquée de péritonite diffuse.

Nous avons déjà vu plus haut que, dans tous ces cas, le traitement chirurgical était seul rationnel. Mais il est de toute nécessité de savoir s'il est bon, dans certains cas, de retarder l'opération pour que l'intervention soit faite dans les meilleures conditions possibles, avec le minimum de risques pour la mère et, si possible, pour l'enfant.

En présence d'une appendicite simple sans réaction péritonéale appréciable, deux cas sont à considérer : ou bien le chirurgien est appelé au début de la crise, dans les vingt-quatre ou trente-six heures; ou bien le début des accidents est plus éloigné. Dans le premier cas, si le chirurgien est appelé dans les trente-six premières heures de la crise, nous croyons pouvoir affirmer que l'opération ne doit pas être différée; il en est du reste ainsi en dehors de la gestation; nous savons que l'intervention, pratiquée ainsi précocement, présente des risques bien moindres; et peut-on savoir si, dans les jours qui suivront, une complication ne viendra pas assombrir le pronostic et forcer la main du chirurgien qui aura voulu retarder l'intervention. Il n'est pas douteux qu'à ce moment-là les risques opératoires seront considérablement augmentés et que l'utérus, par suite des plus grandes difficultés opératoires, risquera d'être traumatisé davantage, la conséquence étant bien souvent l'interruption de la grossesse.

Dans le second cas, c'est-à-dire si les accidents ont un début plus éloigné et ont évolué de façon favorable, nous croyons sage d'attendre, pour opérer, le refroidissement obtenu par les

procédés thérapeutiques habituels, aussi facilement pendant la gestation qu'en dehors d'elle. Il est évident que, par la suite, on pourra pratiquer une intervention plus simple et moins traumatisante pour l'utérus, dont on évitera ainsi plus facilement les contractions pour évacuer son contenu après l'opération. Mais on ne doit jamais renoncer à intervenir après le refroidissement de la crise, en choisissant le moment le plus favorable. La malade est, en effet, souvent exposée à une récurrence plus ou moins éloignée, au cours de laquelle les complications surviennent avec une grande fréquence; l'opération pratiquée alors dans ces conditions aura beaucoup moins de chances de réussite. Si, par exemple, une femme enceinte présente au premier ou au deuxième mois de sa grossesse une petite crise d'appendicite dont le refroidissement aura été obtenu facilement, il sera très prudent d'opérer cette malade, à froid, au quatrième mois de sa grossesse, sans qu'elle ait présenté la moindre récurrence, car c'est le moment de choix pour une intervention au cours de la gestation. On peut, sans doute, opposer à cette théorie interventionniste le danger d'interruption de gestation, que représente l'intervention en elle-même. En réalité, si l'opération est faite avec douceur, l'utérus ne sera guère traumatisé, et nous pouvons affirmer que les chances d'interruption restent sensiblement les mêmes que dans l'appendicite abandonnée à elle-même.

Si l'on est appelé à opérer à la fin de la grossesse, nous croyons qu'il vaut mieux attendre le voisinage du terme, car, si l'interruption venait à se produire, les chances de vitalité de l'enfant seraient plus grandes.

En présence d'une appendicite compliquée d'abcès appendiculaire, doit-on intervenir immédiatement ? Dans ces cas-là, l'appendicectomie présente des difficultés parfois très grandes, à cause de la situation souvent anormale ou profonde de l'appendice, perdu au milieu d'adhérences. Sa recherche ne pourra souvent se faire qu'au prix de décollements qui risqueront de traumatiser l'utérus, traumatisme dont la conséquence est trop souvent néfaste pour le fœtus.

Doit-on essayer de refroidir les lésions, par les procédés thérapeutiques habituels, pour obtenir une résolution marquée des symptômes locaux, qui permettra d'intervenir dans des conditions anatomiques plus favorables ? Nous ne le croyons pas, car le volume de l'abcès peut augmenter ou bien l'état général s'aggraver, et n'oublions pas que la malade est toujours sous la menace d'une généralisation péritonéale; ce sont les raisons pour lesquelles nous condamnons l'expectative. Quant à l'intervention, elle doit se faire le plus rapidement possible, et l'on doit courir au plus pressé. Il sera donc raisonnable d'ouvrir prudemment la paroi et de drainer, sans vouloir s'acharner à trouver un appendice noyé au milieu d'adhérences; on s'exposerait ainsi à des manœuvres longues et brutales, dont le résultat risquerait de n'être pas très heureux. Dans un second temps, lorsque tout sera rentré dans l'ordre et que les lésions seront tout à fait refroidies, on pourra pratiquer l'appendicectomie.

En présence d'une appendicite compliquée de péritonite diffuse, la question de l'expectative ne doit même pas se poser. Nous savons tous que la seule chance de survie que l'on peut donner à la malade est l'intervention, qui, ici plus que partout ailleurs, doit être effectuée le plus précocement possible. Ici, la question de l'interruption de la grossesse passe au second plan, mais on a signalé quelques cas qui ont été favorables pour la mère et pour l'enfant. Même dans les cas qui semblent désespérés, il doit subsister une lueur d'espoir. Jerlov montre, dans la statistique qui suit, combien la rapidité de l'intervention est capitale :

- 6 p. 100 dans les cas opérés dans les quarante-huit heures;
- 30 p. 100 dans les cas opérés le troisième jour;
- 75 p. 100 dans les cas opérés le quatrième jour;
- 90 p. 100 dans les cas opérés ultérieurement.

On voit donc par ce qui précède que, si dans les deux formes anatomiques précédentes la question de l'expectative peut

être envisagée, ici, dans cette dernière forme, l'hésitation n'est plus permise.

Il faut bien savoir également que si, au cours de la gestation, l'interruption de la grossesse se produit, elle entraîne une aggravation nette dans la majorité des cas, grâce aux phénomènes mécaniques qui l'accompagnent. Là encore, l'intervention doit être pratiquée d'urgence pour conjurer cette éventualité néfaste.

Quand l'appendicite se manifeste assez tardivement dans les suites de couches, elle n'est influencée par aucun phénomène fâcheux, et on doit la traiter comme en dehors de la grossesse.

TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique des interventions pratiquées pour appendicite au cours de la gestation ne diffère pas sensiblement de la technique habituelle de l'appendicectomie. Elle est évidemment très différente suivant le siège et le degré d'extension péritonéale des phénomènes inflammatoires et aussi suivant l'âge de la grossesse, à cause du développement de l'utérus gravide. Il est bon de considérer l'appendicectomie à froid et l'appendicectomie à chaud, en ayant soin d'envisager les différents cas liés à la nature, au siège et au développement des lésions inflammatoires.

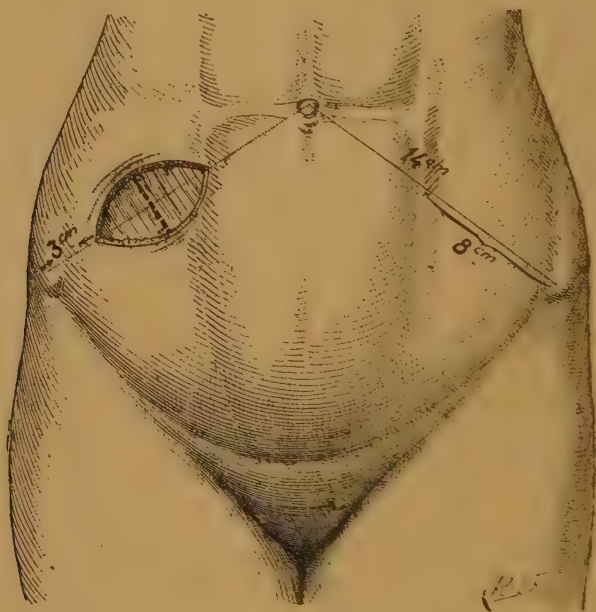
L'appendicectomie à froid, au cours de la gestation, ne peut être guère envisagée qu'au début de la grossesse, c'est-à-dire jusqu'au quatrième ou cinquième mois, qui, nous l'avons déjà dit, est la période la plus favorable à une intervention. Vers la fin de la puerpéralité, on n'interviendra que si on a la main forcée, et on n'attendrait pas cette période pour opérer une appendicite refroidie antérieurement.

Dans ce cas, la technique est sensiblement la même qu'en dehors de la gestation. L'incision peut être, suivant les préférences de l'opérateur, l'une des incisions classiques de Roux, Mac Burney, Max Schuller, Jalaguier, et, comme l'appendicectomie à froid ne se fait guère après le cinquième mois de la grossesse, il n'y a pas lieu de tenir compte des modifications apportées par la gestation, à la position du cæcum et d'envisager les conséquences qui peuvent en résulter.

Les autres temps de l'opération : résection de l'appendice, enfouissement du moignon, réfection de la paroi, n'offrent aucune particularité.

Il y a une incision sur laquelle nous voulons insister, à cause des avantages qu'elle paraît devoir fournir; elle a été pratiquée et décrite récemment par Phocas. Il en montre les avantages, et nous verrons quelle peut être son utilité au cours de l'appendicectomie pendant la gestation.

« Cette incision est inscrite sur la ligne spinoso-ombilicale et sur la ligne de Mac Burney. Elle occupe exactement une partie de cette ligne, commençant à 3 centimètres de l'épine



et se dirigeant jusqu'au bord du muscle droit. Après l'incision de la peau, on voit l'aponévrose du grand oblique, qu'on peut traiter par dissociation de ses fibres ou par incision presque perpendiculaire. Cette dernière manière de faire donne un jour très avantageux. Les muscles petit oblique et transverse sont dissociés parallèlement à l'incision cutanée, et le péritoine est facilement ouvert au niveau du bord externe du muscle droit ou, plus exactement, au niveau de la portion tendineuse du pli musculaire, comme dans l'opération de Gosset, sans aucun tiraillement de l'aponévrose du grand oblique, même dans le cas où ses fibres ont été dissociées paral-

lèlement à la direction. Les avantages de cette incision sont remarquables. La peau, incisée de cette façon, s'écarte beaucoup plus que dans les incisions genre Roux. Les lèvres de la plaie s'éloignent l'une de l'autre et ne viennent pas encombrer le champ opératoire ni s'infecter au contact de l'intestin. Cela est probablement dû à la disposition anatomique des fibres du derme. Quand on a coupé l'aponévrose, l'écartement est encore plus considérable, et le fond de la plaie n'est pas un puits, comme dans l'opération de Mac Burney ou de Gosset, mais un fond musculaire égal en longueur à l'incision de la peau. Pas un millimètre à l'incision cutanée qui ne soit utilisable. D'où la facilité opératoire et l'avantage de pouvoir faire une incision petite et sans crainte de restreindre le champ opératoire.

» Quand on a ouvert le péritoine sur le tendon conjoint et dissocié les muscles selon leur direction, on saisit le péritoine, et on trouve immédiatement le cæcum, sans le secours d'écarteurs. Cela se conçoit, si l'on pense que le point central de l'incision répond au point culminant de la fosse iliaque. Si l'on ajoute que l'incision, à part quelques artérioles (deux en général) du tissu cellulaire, est absolument exsangue et qu'elle s'éloigne de l'épigastrique ou des artères postérieures, on aura énuméré, je pense, presque tous ses avantages au point de vue de la commodité.

» Dans les cas difficiles, rien de plus simple que d'agrandir cette incision, toujours le long de la ligne spinoso-ombilicale, en entourant le muscle droit ou en le réclinant, ou de la prolonger en dehors jusqu'à l'épine ou même derrière.

» Enfin, dans le cas d'opération complexe, l'incision verticale, en dehors du droit, branchée sur l'extrémité interne, permet d'aborder la vésicule biliaire, ou une incision inférieure, branchée sur la même extrémité par en bas, d'aborder le bassin. Ainsi comprise, cette incision donne un sentiment de sécurité au chirurgien qui l'exécute et facilite considérablement l'acte chirurgical. »

Un point qui est pour nous d'une importance capitale est

de savoir comment est opérée la résection de la paroi, qui sera soumise plus tard à des efforts exagérés, au moment du travail, pendant les contractions utérines. N'aura-t-on pas à redouter une éventration possible ? Phocas répond lui-même à cette objection que nous venons de poser : « L'incision oblique telle que nous la pratiquons est-elle inférieure, au point de vue de la réparation de la paroi, aux incisions de Gosset ou à celle de Jalaguier ? Il est certain que si l'on incise l'aponévrose du grand oblique perpendiculairement à ses fibres, on se prive de la disposition en croix de l'incision de Mac Burney ou Gosset et l'on conserve seulement la dissociation du plan musculaire commune à ces procédés et à l'incision en cause. Mais l'incision de l'aponévrose n'a pas besoin d'être absolument en regard de celle de la peau ou de la dissociation musculaire qui mène dans le péritoine. La suture de l'aponévrose en forme d'habit croisé achève de rompre le parallélisme de ces incisions, et cette suture de l'aponévrose m'a paru facile et très solide.

» D'autre part, grâce à l'énorme écartement des lèvres de la plaie, la dissociation musculaire peut être moins longue que la plaie cutanée et l'ouverture du péritoine assez grande pour apercevoir immédiatement le cæcum. Ce qu'on perd par l'abandon de la cicatrice en croix, on le gagne par le moindre délabrement du tablier musculaire.

Tout compte fait, la solidité ne paraît pas inférieure à l'incision de Mac Burney dans les cas simples, et elle est supérieure à celle de Roux et à celle de Mac Burney dans les cas difficiles, quand on a été forcé par les circonstances d'abandonner le principe de la dissociation et de prolonger l'ouverture du muscle en haut et en bas. Elle est nettement supérieure à ces incisions quand il faut prolonger l'incision primitive. Si l'on se contente de la dissociation aponévrotique, on perd un peu de jour, mais on conserve en entier le principe de l'ouverture croisée et de la dissociation musculaire. »

Phocas a fait et fait faire une cinquantaine d'appendicectomies par ce procédé avec plein succès opératoire.

D'après cet exposé, on peut se rendre compte des avantages de cette incision dans le cas particulier d'appendicectomie au cours de la grossesse. Dans l'observation I, que nous rapportons, le Professeur Guyot l'a expérimentée, et le résultat a été des plus heureux. Un des principaux avantages est de tomber directement sur le cæcum, car le point central de l'incision répond au point culminant de la fosse iliaque. On peut donc rechercher l'appendice très facilement, sans tiraillement, en traumatisant au minimum l'utérus. Il en est de même dans certains cas de péritonite appendiculaire septique; cette incision permet de retrouver assez facilement l'appendice, et on peut se donner un jour énorme en entamant légèrement le bord du muscle droit; la plaie ainsi pratiquée est très propice pour le drainage. La paroi est ainsi délabrée au minimum, car la sangle musculaire est seulement dissociée. Ce qu'il est aussi important de considérer, dans le cas de grossesse, c'est la solidité post-opératoire de la paroi; il semble que cette incision ne soit guère inférieure aux autres; l'incision de l'aponévrose, en effet, n'a pas besoin d'être absolument en regard de celle de la peau ou de la dissociation musculaire qui mène dans le péritoine. La suture de l'aponévrose, en forme d'habit croisé, rompt le parallélisme de ces incisions et nous paraît très solide.

Considérons maintenant les cas d'appendicectomie à chaud.

En présence d'une appendicite compliquée de péritonite plastique ou d'abcès appendiculaire, nous avons vu combien l'expectative était à redouter et combien il nous paraissait dangereux d'essayer de refroidir les lésions pour pouvoir intervenir dans des conditions plus favorables.

Les incisions utilisées pour aborder l'appendice ou les abcès appendiculaires sont très nombreuses; on peut employer indifféremment les incisions de Roux, Mac Burney ou de Phocas. Mais ce qui domine, ici, la technique opératoire, c'est de savoir se contenter d'une chirurgie d'opportunité. On incise l'abcès, on évacue le pus à l'aide d'un aspirateur. Lorsqu'on s'est donné suffisamment de jour, on explore prudemment, au doigt,

les parois de la cavité pour délimiter l'étendue de la lésion et pour essayer de repérer l'appendice, qui, parfois, occupe la paroi antérieure, caché sous un feuillet fibro-séreux. On le reconnaîtra quelquefois à sa consistance plus résistante, parfois à sa forme en cordon. Si l'appendice est ainsi reconnu, par des manœuvres simples et prudentes, on peut et on doit même l'extirper en y mettant le soin nécessaire. Mais il serait très dangereux de vouloir s'acharner à trouver un appendice noyé au milieu d'adhérences; sa recherche et son extirpation demanderaient des manœuvres longues et brutales dont l'effet serait des plus néfastes.

Après avoir évacué le pus de l'abcès, on peut assécher la cavité suppurée avec des tampons de gaze et on draine avec deux gros drains en canons de fusil; drainage de la fosse iliaque droite par la voie trans ou rétro-péritonéale, suivant le siège de la collection. Dans le cas d'abcès pelvien, on peut faire le drainage du pelvis par colpotomie.

Dans les cas où l'appendicectomie n'a pas pu être faite, il faut que la femme enceinte soit sous la surveillance presque constante d'un médecin, pour que l'on puisse intervenir immédiatement aux premiers symptômes douloureux afin de prévenir ou tout au moins d'enrayer une nouvelle crise, qui pourrait être des plus graves. Si la grossesse évolue sans incidents nouveaux et si l'accouchement se passe normalement, il ne faudra pas laisser dormir, par la suite, ces lésions appendiculaires, qui pourraient, en se réveillant au cours d'une nouvelle grossesse, provoquer des désordres irréparables.

Au cas d'appendicite compliquée de péritonite diffuse, l'intervention est souvent désespérée, d'autant plus que le diagnostic en est souvent très difficile, surtout lorsque la femme enceinte est à terme; la preuve en est fournie par l'observation IX, que nous rapportons et qui a été présentée récemment par le Professeur Andérodias à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux; dans cette observation typique, on verra en effet que c'est la laparotomie pour rupture utérine qui a fait découvrir l'appendicite; il semble que cette appen-

dicite a évolué sans aucun symptôme. Mais en interrogeant la malade et l'entourage, le Professeur Andérodias s'est rendu compte que la crise appendiculaire avait débuté, plusieurs jours auparavant, par des douleurs assez violentes; mais comme la malade était à terme et I-pare, c'est-à-dire sans notion antérieure des douleurs d'accouchement, elle a pris ces douleurs pour le début du travail et n'a pas attiré sur elles l'attention du médecin. De même, dans le *post partum*, combien de péritonites que l'on met sur le compte de l'infection puerpérale, et qui sont dues, en réalité, à une crise d'appendicite méconnue ?

Dans ces conditions, on voit pourquoi l'intervention, qui, ici plus que partout ailleurs, devrait être précoce, est souvent retardée par les difficultés considérables du diagnostic.

Dans ces cas de péritonite diffuse, on doit toujours pratiquer l'appendicectomie, car le succès de l'intervention dépend de la possibilité d'ablation de l'appendice, qui cesse alors d'infecter la grande cavité péritonéale.

Quelle que soit la forme de ces péritonites, l'intervention sera conduite aussi rapidement que possible, avec le minimum de manœuvres, pour éviter d'aggraver le schock.

L'anesthésie générale ne doit pas être massive; le chloroforme nous paraît contre-indiqué, à cause de son action dépressive sur les nerfs du cœur; par contre on peut faire une anesthésie légère à l'éther, juste assez pour que la patiente n'ait pas le souvenir de l'opération.

L'incision de la paroi doit se faire soit dans la fosse iliaque droite, soit par le tracé de Roux, Mac Burney ou de Phocas, qui peut être prolongé, au besoin, pour assurer un drainage efficace. Si la possibilité d'ablation de l'appendice et la rapidité de l'intervention sont deux facteurs importants de réussite, la question du drainage est tout aussi importante et offre quelques particularités sur lesquelles on a beaucoup insisté, et dont la discussion a provoqué des divergences de vues assez nombreuses.

Après avoir évacué le pus libre dans la cavité abdominale, on doit, dans tous les cas, faire l'ablation rapide de l'appen-

dice. Habituellement, quand on le cherche de parti pris, on le trouve rapidement et on peut le réséquer en quelques minutes, en posant simplement, à sa base, une ligature au catgut et en évitant d'écraser ses parois friables. Quand on ne peut pas oblitérer son moignon directement, parfois un surjet à la soie fine, placé sur le cæcum, à un demi-centimètre de distance, permet de l'enfouir.

Comment doit-on pratiquer le drainage ? C'est évidemment un point capital de l'intervention, son efficacité étant, en effet, un des grands facteurs de réussite. Dans l'observation VII, présentée par Lardennois et que nous rapportons, ce chirurgien signale le cas d'une malade qu'il opéra, au troisième mois de sa grossesse, de péritonite diffuse d'origine appendiculaire. Après avoir évacué le pus et pratiqué l'ablation de l'appendice perforé à sa base, il plaça deux gros drains, l'un drainant la région sous-hépatique, l'autre la fosse iliaque et la partie inférieure de l'abdomen. La malade guérit, et la grossesse continua. Lardennois considère que l'incision de la fosse iliaque droite suffit, à condition de placer les opérées dans le décubitus latéral droit.

Dans la discussion qui suivit la présentation de cette observation, M. Paul Guéniot fit remarquer que M. Lardennois a opéré à trois mois de grossesse, alors que l'utérus n'est pas très volumineux, et il se demanda si le drainage unilatéral aurait été suffisant s'il avait eu à opérer une appendicite avec péritonite généralisée, dans la deuxième moitié de la grossesse, en raison du volume de la masse utérine à cette époque. Segond et Mauclair préconisent une contre-incision dans la fosse iliaque gauche pour drainer la cavité abdominale, de part et d'autre de l'utérus. Nous croyons, en effet, qu'il sera de toute utilité, dans les derniers mois de la grossesse, de faire une contre-ouverture, dans la fosse iliaque gauche, que l'on drainera pour son propre compte. L'utérus forme, en effet, un véritable mur médian qui isole presque complètement les fosses iliaques droite et gauche et rend difficile le passage de l'une à l'autre.

Certains auteurs (Schmid, Marx, Tissier) ont préconisé l'évacuation préalable de l'utérus, qui faciliterait, outre le drainage, les manœuvres opératoires abdominales. Nous ne voyons pas l'utilité de cette pratique, qui nous paraît offrir des inconvénients et des dangers et constitue une perte de temps préjudiciable dans des cas où, souvent, la rapidité de l'intervention est la cause du succès.

On a préconisé également l'évacuation chirurgicale du contenu utérin, par césarienne abdominale ou vaginale, avant l'appendicectomie. La césarienne abdominale nous paraît présenter de sérieux dangers, en raison du contact de la suture utérine avec des foyers péritonéaux infectés.

La césarienne vaginale nous paraît plus avantageuse, surtout si la femme est déjà en travail. Mais toutes ces méthodes ne sont que des pis aller, et il faut savoir qu'une perte de temps appréciable constitue un réel danger pour la malade. Cependant, dans certains cas exceptionnels, lorsque l'on a la certitude de la généralisation et que l'état général de la malade le permet, on peut, dans les derniers mois de la grossesse, sacrifier l'utérus, avec ou sans césarienne, par laparotomie médiane. Après quoi on pourra instituer un drainage large à la Mickulicz.

Dans toutes les formes cliniques d'appendicite que nous venons de décrire, nous croyons bon de signaler, comme soins post-opératoires, l'utilité de faire des injections de morphine à raison de 1 centigramme par jour pendant les trois jours qui suivent l'opération; nous préconisons également l'emploi de lavements laudanisés; cette thérapeutique postopératoire permettra, bien souvent, d'éviter les contractions utérines et, par cela même, un avortement possible.

RESULTATS

Pour bien faire valoir les raisons qui nous ont poussé à préconiser la théorie interventionniste et à affirmer que le traitement chirurgical était la seule thérapeutique vraiment rationnelle de l'appendicite au cours de la grossesse, nous croyons de toute utilité d'indiquer les résultats obtenus par l'appendicectomie.

Nous avons fait remarquer combien la précocité de l'intervention était un facteur important de réussite et combien les pronostics maternel et fœtal étaient assombris par une opération retardée, parfois par un diagnostic hésitant. Pour renforcer de telles affirmations, nous tenons à donner une place spéciale à la statistique de Schmid qui nous paraît, à ce point de vue, des plus intéressantes :

1^o Mortalité maternelle.

A. Cas non opérés :

Légers.....	98 cas	0 mort	—
Moyens.....	15 »	»	—
Graves.....	65 »	50 »	77 p. 100
	<u>178 »</u>	<u>50 »</u>	<u>28 »</u>

B. Cas opérés :

Dans les 48 heures.	45 cas	3 morts	6,7 p. 100
A chaud.....	186 »	70 »	37,6 p. 100
A froid.....	77 »	0 »	—
	<u>308 »</u>	<u>73 »</u>	<u>23 »</u>

2^o Mortalité fœtale.

A. Cas non opérés :

Légers.....	80 cas	16 interrupt. de gross.	20 p. 100
Moyens.....	25 »	3 »	20 »
Graves.....	47 »	40 »	85 »
	<u>152 »</u>	<u>59 »</u>	<u>41 »</u>

B. Cas opérés :

Dans 48 heures..	39 cas	6 interrupt. de gross.	15,4 p. 100
A chaud.....	162 »	120 »	74 »
A froid.....	73 »	13 »	17,8 »
	<u>274 »</u>	<u>139 »</u>	<u>59,7 »</u>

D'après ces chiffres, il est facile de se rendre compte combien il est dangereux pour un médecin, appelé dès les premières heures d'une crise appendiculaire nette, d'essayer de pallier à cette crise par la thérapeutique médicale habituelle, car on ne doit jamais perdre de vue que la gestation aggrave le pronostic de l'appendicite aiguë (mort de la mère dans environ 50 p. 100 des cas : Heaton, Boïje). Jerlov avait, en effet, relevé 42 cas de péritonites diffuses sur un total de 204 appendicites de la gestation vérifiées par opération ou autopsie, mettant ainsi en évidence une fréquence impressionnante des péritonites généralisées appendiculaires chez la femme enceinte. Il est aussi intéressant de savoir quel est le moment de la grossesse le plus propice à l'intervention; nous avons déjà dit que la période la plus favorable était la première moitié de la grossesse et, en particulier, les tout premiers mois. Tout récemment, Mathieu, dans sa thèse, se basant sur 109 appendicectomies pratiquées du premier au neuvième mois, indiqua les résultats obtenus en mentionnant le pourcentage de morts maternelles et le pourcentage d'interruptions de grossesse. Le tableau qu'il établit nous paraît des plus probants et, par cela même, mérite d'être reproduit.

Mois de la grossesse.	Nombre de cas.	Morts maternelles.	Pourcentage de morts. P. 100	Généralisation avec interrupt. de grossesses.	Pourcentage d'interrupt. P. 100
1 ^{er} mois.....	6	0	0	0	18
2 ^e mois.....	11	1	9	2	18
3 ^e mois.....	26	2	7,7	4	15
4 ^e mois.....	19	5	26,3	1	5,26
5 ^e mois.....	15	6	40	1	6,66
6 ^e mois.....	15	3	20	9	60
7 ^e mois.....	7	1	14,3	5	71,4
8 ^e mois.....	7	3	42,8	3	42,8
9 ^e mois.....	3	2	66,6	1	33,3
TOTAUX.....	109	23	21	24	22

On voit donc que pour la femme et le fœtus, les meilleurs résultats sont obtenus par le premier mois. Parmi les autres mois, les plus favorables à la mère sont le deuxième et le

troisième avec 9 p. 100 et 7,7 p. 100 de mortalité. Au contraire, pour le fœtus, on constate que les mois les plus propices sont le quatrième et le cinquième. On se rend compte facilement que, dans la totalité des cas, c'est la première moitié de la grossesse qui comporte le moins de dangers pour la femme enceinte et le fœtus; il est vrai que c'est au voisinage du terme que se rencontrent surtout les cas graves et que le chirurgien a, presque toujours, la main forcée pour opérer à ce moment-là; de même, le début du travail n'a-t-il pas une action des plus néfastes sur les lésions appendiculaires qui paraissent endormies et n'est-il pas le grand responsable d'un grand nombre de péritonites diffuses.

Il est également de la plus haute importance de savoir ce que deviennent les femmes enceintes opérées d'appendicéctomie au cours de leur grossesse et comment s'effectue l'accouchement. Dans les différentes observations que nous rapportons, nous nous sommes préoccupé de l'accouchement et des suites de couches de ces opérées. Nous avons pu constater que, lorsque la grossesse continuait, l'accouchement s'effectuait très normalement; par mesure de prudence, on fait une application de forceps pour ne pas prolonger les contractions utérines et, dans les cas que nous avons observés, les suites de couches se passent très normalement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Service du Professeur GUYOT.)

Mme X..., 25 ans, entre à l'hôpital le 11 juin 1929, sur les conseils du Professeur Guyot, qui l'a examinée le 3 juin 1929, à sa consultation de l'Hôpital Boursier et a diagnostiqué une appendicite coexistant avec une grossesse de sept mois.

En novembre 1927, alors que la malade était enceinte de un mois et demi, elle a été prise brusquement d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, douleur qu'elle compare à des coups de lance répétés avec irradiation dans la région lombaire et dans la région crurale. En même temps surviennent des vomissements alimentaires et bilieux se reproduisant deux ou trois fois par jour. Arrêt des matières pendant huit jours.

La malade est traitée par le repos et l'application de glace. Au bout de huit jours, les phénomènes rétrocedent. La grossesse se poursuit normalement; l'accouchement a lieu également de façon normale. Bonnes suites de couches.

Mais, depuis lors, la malade a toujours souffert du côté droit, de façon moins intense, mais continue.

Depuis le début de sa nouvelle grossesse, les douleurs sont allées en augmentant. C'est alors que la malade vient à la consultation du Professeur Guyot, qui lui conseille de se faire opérer.

Examen le 13 juin 1929 par le Professeur Guyot. Au toucher, col très mou; on sent la tête fœtale. A droite, légère sensibilité annexe. Mac Burney très douloureux. Rein droit non douloureux.

Opération le 15 juin 1929 par le Professeur Guyot aidé du Docteur Villar.

Anesthésie au Schleich,

Incision de Phocas. — On incise de l'épine iliaque vers l'ombilic. Incision faite à fond, surtout en dehors. En dedans, elle lèche à peine le bord extérieur du muscle grand droit. Le cæcum est tout de suite attiré, ainsi que l'appendice. Le méso étant très étalé, on sectionne l'appendice successivement par plans sur 3 pinces. Ecrasement de la base, ligature, section au thermocautère. Enfouissement. Fermeture du ventre sans drainage, après péritonisation en bourse; surjet aponévrotique du grand oblique; points profonds et points séparés superficiels.

Appendice malade, libre; dans le ventre, un peu de liquide. L'ovaire correspondant et la trompe paraissent sains. Suites opératoires normales. Ablation des points le 29. La malade quitte le service le 4 juillet, en très bon état. Elle accouche quelque temps après à la clinique d'accouchement d'une façon tout à fait normale.

OBSERVATION II.

(Service du Professeur GUYOT.)

Mme X... entre à l'hôpital, le 13 mai 1929, pour douleurs abdominales. Il y a six ans, à la suite d'un accouchement long et difficile, la malade commence à souffrir de tout le bas-ventre avec un maximum dans la fosse iliaque droite. Ce sont des douleurs comparables à des coliques, qui sont à peu près continues, mais cependant exagérées par la fatigue, et calmées par le repos.

Au mois d'avril 1928, la malade, qui continuait toujours à souffrir du ventre, a brusquement une crise douloureuse aiguë dans la fosse iliaque droite avec vomissements, constipation et fièvre aux environs de 40 degrés. Cette crise dure deux ou trois jours environ, puis tous ces phénomènes se calment. Mais, quinze jours plus tard, nouvelle crise semblable à la première, puis, quelque temps plus tard, nouvelle crise plus violente que les deux autres, avec perte de connaissance et immobilisation au lit pendant dix-huit jours.

Depuis cette dernière crise, datant du mois de mai 1928, la malade a continué à souffrir du ventre avec des douleurs de plus en

plus intenses, mais sans nouvelle crise. Depuis le début de sa maladie, la malade dit avoir maigri considérablement.

Dans les antécédents, une seule grossesse, il y a six ans, suivie d'un accouchement difficile. Pas de fausse couche.

A l'examen, l'abdomen est augmenté de volume, surtout dans la région sus-ombilicale. Examen des seins positif. Varices du mollet droit, de la vulve et de la cuisse gauche.

A la palpation, on sent une grosse tumeur, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur n'est pas douloureuse, mais on sent sur sa surface deux noyaux durs et douloureux.

Toucher vaginal; vulve béante; léger prolapsus avec-cystocèle. Le col est élevé très ramolli. Dans les culs-de-sac antérieur et latéraux, on sent une tumeur les remplissant en totalité. Cette tumeur est molle, avec un noyau dur à gauche, et mobilisable avec l'utérus. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent un noyau dur, mais dont la mobilisation peut se faire sans entraîner l'utérus, dont il paraît indépendant. Toucher rectal négatif.

A l'auscultation de l'abdomen, on entend un foyer de battements dans la région sus-pubienne.

La malade est opérée, le 11 juin 1929, par le Professeur Guyot. Anesthésie au Schleich. Appendicectomie, chez une femme enceinte de sept mois, par laparotomie latérale droite avec exploration du bord droit et du fond de l'utérus, la malade ayant présenté une sensation de tumeur mobile se déplaçant facilement et qui n'est retrouvée ni dans la fosse iliaque, ni dans la partie supérieure de l'abdomen. On constate au niveau du ligament rond droit le développement de varicosités formant bosselures. Les veines sont de la grosseur du pouce, formant une saillie considérable, à parois très minces. La trompe et l'ovaire de ce côté paraissent sains. On recherche le cæcum; on attire un appendice congestionné à la pointe, facilement enlevé avec deux ligatures sur le méso. Section au thermo; enfouissement. On referme le ventre; surjets péritonéal et musculo-aponévrotique.

On laisse dans la gaine du grand droit un petit drain, qui ressort par la partie supérieure de la plaie.

Suites opératoires normales.

La malade accouche à terme d'un enfant qui ne survit pas (présentation par le siège).

Suites de couches normales.

OBSERVATION III.

(Service du Professeur GUYOT.)

Mme X..., 32 ans, entre à l'Hôpital Boursier le 7 février 1929.

Elle a présenté, le 6 septembre 1928, une crise aiguë d'appendicite, avec vomissements abondants, douleurs dans la fosse iliaque droite et température jusqu'à 39 degrés. La malade est mise au lit avec de la glace sur le ventre. Ceci survient chez une femme qui souffre déjà, depuis un mois environ, de douleurs dans le flanc droit et présente de l'anorexie, des sensations d'étouffement et des nausées. De plus elle présente, à ce moment-là, un retard de règles de six jours. Améliorée au bout de dix jours de lit, de glace sur le ventre et de diète, la malade peut de nouveau s'alimenter et reprendre progressivement sa vie normale; la fosse iliaque droite est devenue simplement très sensible à la pression, mais n'est plus le siège de douleurs spontanées.

Quelque temps après, le côté droit est redevenu douloureux et ces douleurs sont réveillées par les mouvements de l'enfant. La malade se couche; elle a des nausées, des vomissements et une légère élévation de température. La malade entre, le 7 février 1929, à l'Hôpital Boursier; elle est enceinte de six mois.

Dans les antécédents de la malade, on rencontre deux fausses couches, métrite du col et une petite crise d'appendicite qui n'a pas nécessité le repos au lit.

Cette malade est opérée le 15 mars 1929 par le Professeur Guyot, avec le diagnostic d'appendicite et grossesse. Anesthésie au Schleich.

Incision de Mac Burney un peu grande. Dès le ventre ouvert, on aperçoit l'utérus gravide avec les ligaments larges, présentant un développement veineux considérable ayant l'aspect d'un gros varicocèle. Dans la fosse iliaque, on attire le cæcum et, avec lui, un gros

appendice malade à méso court. Plusieurs pinces sont mises sur le méso. Appendicectomie par le procédé ordinaire. Ecrasement de l'appendice; ligature; section au thermo; enfouissement. Fermeture de la paroi; bourse péritonéale.

Suites opératoires excellentes. La malade est gardée en observation jusqu'à terme. Elle accouche d'un enfant vivant; accouchement un peu pénible; il y a un peu d'inertie utérine; on pratique un forceps au détroit inférieur. Suites de couches excellentes.

OBSERVATION IV.

(Service du Professeur GUYOT.)

Mme X..., 21 ans, entre à l'hôpital le 16 juin 1928; parce qu'elle souffre du ventre au niveau de la fosse iliaque droite, avec nausées, vomissements et fièvre.

Dans les antécédents, on relève une grossesse normale, avec accouchement normal.

La malade a présenté deux crises abdominales douloureuses; la première en février dernier, caractérisée par : douleur dans la fosse iliaque droite; nausées; vomissements; fièvre et constipation. Après quinze jours de traitement médical : repos au lit et glace sur le ventre, tous ces phénomènes s'amendent.

Deuxième crise quelque temps après, caractérisée par les mêmes symptômes que la première. Cette femme est enceinte de quatre mois et demi et elle a présenté de la douleur dans la fosse iliaque droite dans l'intervalle de ses deux crises.

L'examen révèle un bon état général. L'examen local montre un ventre augmenté de volume dans sa portion sous-ombilicale. La palpation montre un point douloureux très net au niveau de l'appendice. Le toucher vaginal montre un col mou, entr'ouvert; gros utérus antéfléchi remontant jusqu'à l'ombilic, mollassé, non douloureux. Culs-de-sac normaux, non douloureux.

Le 23 juin, sous l'influence du traitement (glace sur le ventre), la malade ne souffre plus de son appendice. La palpation n'est plus douloureuse.

Opération le 26 juin. Incision de Mac Burney agrandie pour rechercher l'appendice malade, entouré de péritonite plastique, gros et adhérent dans toute son étendue. On parvient à l'enlever par le procédé habituel. Fermeture de la paroi en trois plans. Drainage avec un drain n° 4 entouré de mèches.

Le 8 juillet, on enlève les points. Excellent état local et général. Le 17 juillet, la malade sort du service en excellent état. La malade accouche, le 2 décembre, d'un enfant vivant, dans les conditions les plus normales. Suites de couches excellentes.

OBSERVATION V.

(Service du Professeur GUYOT.)

Mme X..., 25 ans, entre à l'hôpital le 2 avril 1929, dans le service du Professeur Guyot, pour grossesse compliquée d'appendicite. Il y aurait six ans déjà, aux dires de la malade, qu'elle a commencé à ressentir de temps en temps de petites crises douloureuses dans le côté droit de l'abdomen; crises qui dureraient quatre à cinq jours, s'accompagnant d'une légère élévation de température et de phénomènes gastriques. Il y a trois ans, à la suite d'un accouchement, les crises sont devenues plus importantes, nécessitant à trois ou quatre reprises le repos au lit pendant un mois. A ce moment, la malade a été traitée par des cataplasmes laudanisés et mise à la diète.

A la fin août 1928, la malade devient enceinte.

En décembre, elle vient à la consultation du Professeur Guyot; on confirme le diagnostic de grossesse. La malade, qui continue à souffrir du côté droit, revient à plusieurs reprises à la consultation. On la traite pour pyélo-néphrite droite par des cataplasmes chauds, uroformine, régime; etc.

Le 1^{er} avril, vers 7 heures du soir, la malade est prise d'une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur d'abord légère mais qui devient rapidement extrêmement violente, s'irradiant vers les lombes et le bas-ventre.

Ces douleurs s'accompagnent de vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux, et de diarrhée. Température à 38 degrés.

C'est alors que la malade, sur les conseils de son médecin, entre à l'Hôpital Boursier.

Dans les antécédents, on relève trois grossesses normales avec accouchements normaux, avec des crises douloureuses abdominales droites mal définies.

La malade est examinée le 5 avril et on trouve les reins un peu sensibles. Rien au toucher vaginal.

Dernières règles le 18 août.

Opération le 7 mai 1929, par le Professeur Guyot. Anesthésie au Schleich. Appendicectomie. Incision de Mac Burney. Dès le ventre ouvert, on est obligé de chercher le cæcum en refoulant l'utérus gravide et le ligament large en dedans. On tombe sur un appendice congestionné, long, à méso court, et très difficile à enlever par section première du méso. On cherche l'implantation sur le cæcum et celle-ci est sectionnée au thermo. On peut alors lier le méso de haut en bas et enlever l'appendice après ligature du méso, sur lequel on a mis quatre ou cinq pinces. On enfouit après attouchement à l'iode, puis on referme la paroi en trois plans.

Le 8 mai, la malade a commencé à souffrir quelques heures après l'opération. Le 8, à 7 heures, on la transporte dans le service du Professeur Andérodias. Dès la dilatation complète, on fait un forceps en gauche antérieur dans l'excavation, pour empêcher la malade de pousser. Forceps facile; enfant vivant. Délivrance normale. Suites de couches excellentes.

OBSERVATION VI.

(Service du Professeur GUYOT.)

Mme X..., 20 ans, entre le 3 octobre 1929 pour douleurs abdominales. La malade souffre du ventre depuis le début de sa dernière grossesse, qui remonte à un an et demi. Alors qu'elle était enceinte, elle se plaignait constamment du ventre et elle dut garder le lit ou la chaise longue pendant toute la durée de la grossesse.

Accouchement normal, mais elle souffre toujours depuis. Elle compare ses douleurs à celles de l'accouchement. Elle souffre aussi en urinant. Elle fut soignée par la thérapeutique médicale habituelle, mais toujours sans résultat.

Il y a deux mois, elle présenta une violente crise : douleurs épouvantables dans tout le ventre, pas de vomissements. On lui fit une piqûre de morphine. On croit à une fausse couche. Température au-dessus de 39 degrés. Depuis cette crise (vers le 20 juillet), la malade n'a pas été réglée. Elle perd abondamment, souffre des reins et ne va à la selle qu'avec des lavements.

Ces douleurs se sont localisées au bas-ventre, surtout à gauche. L'examen de la malade, pratiqué le 3 octobre 1929, révèle un col ramolli, l'utérus augmenté de volume comme dans une grossesse de plus de deux mois, situé en avant, mollasse et sensible. De chaque côté, il existe deux volumineuses masses annexielles très douloureuses et mobiles avec l'utérus.

Opération le 19 octobre 1929. Grossesse normale de trois mois et demi environ avec phénomènes douloureux intenses pouvant faire penser à une grossesse extra-utérine ou grossesse avec pyosalpinx. Le ventre ouvert, on trouve un utérus gravide et annexes normales. Appendice très congestionné. Appendicectomie suivant le procédé habituel.

La malade sort guérie de l'hôpital, le 7 novembre 1929. Elle a été revue et examinée et sa grossesse continue normalement.

OBSERVATION VII.

(Docteur LARDENNOIS, in *Bull. soc. gyn. et obst.*, 1911.)

Jeune femme de 25 ans, enceinte, opérée pour péritonite diffuse.

A l'âge de 11 ans, cette jeune personne fut atteinte de fièvre typhoïde. Cette typhoïde, de gravité moyenne, laissa après elle une entérite rebelle.

A 13 ans, elle devint grande fille sans incident.

A 19 ans 1/2, elle était mariée; à 20 ans elle était enceinte. A la fin du deuxième mois de cette première grossesse, un matin, le 20 mai 1906, la jeune femme fut prise de douleurs dans la fosse iliaque droite, avec fièvre, vomissements. Un médecin, appelé, diagnostiqua l'appendicite; dans la nuit qui suivit, l'avortement se produisit. Les suites de l'avortement furent bénignes, mais l'appendi-

cite fut grave et, pendant huit mois, la malade ne put quitter la chambre.

En 1907, deuxième grossesse, au cours de laquelle surviennent quelques incidents intestinaux sans importance; l'accouchement eut lieu à terme le 3 février 1908.

En 1909, troisième grossesse; au troisième mois, crise d'appendicite; fausse couche.

En 1911, quatrième grossesse; au troisième mois, crise d'appendicite, mais cette fois appendicite très grave d'emblée. Les premiers symptômes éclatent le lundi; bientôt l'état général est très atteint; vomissements répétés, ballonnement du ventre, hoquet. Le jeudi soir, elle est dans un état absolument adynamique, typhoïde, le facies plombé, le ventre ballonné, la température à 37°4, le pouls à 130; dans l'urine, on trouve une grande quantité d'albumine.

Opération immédiate le 2 novembre 1911 à 9 heures du soir. Anesthésie très légère à l'éther. Incision de Roux, évacuation de pus libre dans la cavité abdominale; ablation de l'appendice, perforé à sa base. En détergeant la fosse iliaque, on retire une boulette fécale tombée de l'appendice dans le ventre par la perforation gangréneuse. Deux gros drains sont placés, l'un drainant la région sous-hépatique, l'autre drainant la fosse iliaque et la partie inférieure de l'abdomen. La durée de l'intervention fut de douze minutes. Après l'opération, décubitus latéral droit. Irrigations rectales continues de sérum artificiel.

Guérison sans incidents; l'albumine avait disparu des urines une dizaine de jours après l'opération.

OBSERVATION VIII.

(MM. MICHEL et GUIBAL, in *Bull. Soc. obst. et gynéc. de Paris.*)

Appendicite purulente, drainage simple, continuation de la grossesse.

Mme M..., 26 ans, est prise brusquement, le 26 octobre 1928, de douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, d'abord légères; elles augmentent progressivement d'intensité et durent toute la nuit du 26 au 27. Vomissements alimentaires, à 2 heures et 6 heures du

matin, le 27; selle diarrhéique durant la nuit. Le 27 octobre, la malade entre au service du Professeur Michel; excellent état général; facies normal; les douleurs sont fortement atténuées; pas de température; pouls à 75. La palpation est légèrement douloureuse dans la fosse iliaque droite; elle décèle un peu de défense de la paroi.

La malade nous apprend qu'elle est enceinte de cinq mois et demi, secondipare; elle a eu un premier enfant à l'âge de 18 ans, accouchement normal; ses dernières règles datent du 14 mai. A l'examen obstétrical, développement utérin normal; perception d'un petit fœtus; on perçoit nettement les battements; le toucher révèle une petite douleur dans le cul-de-sac droit. En présence de symptômes si atténués, expectative, avec application de glace sur le ventre. Cependant la température tend à monter à 37°8 le soir; la douleur persiste dans la fosse iliaque droite au niveau du point de Mac Burney, et l'on se décide à intervenir au bout d'une huitaine de jours d'observation.

Le 3 novembre, incision de Jalaguier sous anesthésie générale au Schleich; le péritoine est rouge et épaissi; dès l'ouverture s'écoule un flot de pus épais et fétide; on se borne à placer un gros tube dans le Douglas, en le faisant glisser le long du corps utérin; suites opératoires simples; trois semaines après, la malade quitte le service complètement cicatrisée, mais elle nécessitera une surveillance toute spéciale au moment de l'accouchement.

OBSERVATION IX.

(MM. ANDÉRODIAS et VILLAR, Soc d'obst. et de gyn. de Bordeaux,
12 nov. 1929.)

Péritonite d'origine appendiculaire trouvée au cours d'une laparotomie pour rupture utérine.

Le dimanche 28 juillet, je suis appelé, vers 5 heures du matin, à 50 kilomètres environ de Bordeaux, pour terminer un accouchement. Voici dans quelles conditions :

Mme X..., I-pare, à terme, après une grossesse en tous points normale, commence à souffrir le 23 juillet. Le travail dure long-

temps, puisque la dilatation n'arrive à être complète que dans la nuit du 27 au 28. Les membranes s'étaient rompues quarante-huit heures auparavant.

Comme la tête restait très élevée au-dessus du détroit supérieur et que les douleurs, irrégulières et peu fortes, étaient impuissantes à l'engager, le médecin, sous chloroforme, fit plusieurs applications de forceps, tira fortement et, au bout d'un moment, dut désarticuler l'instrument pour ne pas déraper. C'est dans ces conditions qu'on me donna un coup de téléphone et que j'arrivai un peu après 7 heures.

En découvrant la malade, une première chose me frappe : l'utérus gravide disparaît presque complètement derrière les anses intestinales, anormalement développées; le palper est douloureux, le pouls rapide, le facies mauvais. La température n'a pas été prise. Au toucher, le vagin est dilacéré, la tête très élevée et débordante; les os du crâne crépitent sous le doigt; il semble qu'il y a une ou plusieurs fractures. Le promontoire est très facilement accessible. Bruits du cœur non perçus. Etant donnés les symptômes abdominaux, la rapidité du pouls et le mauvais état général, je préviens le médecin de l'existence probable d'un début de péritonite; je me demande cependant comment elle a pu se développer aussi vite, puisqu'il n'y a guère plus de cinq heures que l'intervention a été pratiquée. Sans doute y a-t-il une lésion de la paroi utérine, peut-être au niveau du segment inférieur, car il s'écoule un peu de sang noir.

Après basiotripsie, la tête est extraite facilement, mais les épaules donnent beaucoup de difficultés, car l'enfant est volumineux. Après délivrance artificielle, je fais la vérification utérine. Rien au niveau du corps, mais, sur le segment inférieur, en arrière, juste en regard du promontoire, une brèche de 3 à 4 centimètres de large existe, irrégulière, qui conduit dans le Douglas.

Dans ces conditions, je décide de faire transporter la malade à Bordeaux pour l'opérer.

L'opération a lieu à 1 h. 30; elle est faite par M. Villar. Après laparotomie, on trouve du sang dans le péritoine; l'utérus relevé, dans le Douglas on aperçoit du sang et des caillots et, sur la face postérieure du segment inférieur, une brèche irrégulière correspondant à celle que trouvait le doigt vaginal.

Hystérectomie; drainage vaginal, Mickulicz, drainage abdominal. Mais comme quelques anses intestinales sont dépolies et qu'il y a quelques fausses membranes, on regarde s'il n'y a pas une autre cause à cette péritonite. L'appendice est alors recherché; on le trouve gros, irrégulier, congestionné; avec des fausses membranes à son extrémité. On l'enlève et, après ouverture, on le trouve rempli de pus épais, jaune, crémeux.

La paroi est refermée en un plan, au fil d'argent. Malgré un traitement toni-cardiaque approprié et intensif, la malade succombait de défaillance cardiaque au bout de quarante-huit heures.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite aiguë n'est guère plus fréquente au cours de la grossesse qu'en dehors d'elle; elle peut s'y manifester à n'importe quel moment. Si la grossesse semble y prédisposer, nous ne croyons pas qu'elle ait une action sur un appendice sain; mais, par contre, elle favorise les récidives d'appendicite antérieure.

II. — L'appendicite pendant la gestation a une évolution particulièrement grave, aussi son diagnostic doit se faire le plus précocement possible, pour établir un traitement d'autant plus efficace qu'il est plus précoce.

III. — Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. La période la plus favorable pour l'intervention est la première moitié de la grossesse.

IV. — La technique de l'appendicectomie au cours de la gestation est sensiblement la même qu'en dehors d'elle. Dans l'appendicectomie à froid, que l'on ne pratique guère que pendant les premiers mois, la technique opératoire ne diffère en rien.

Dans le cas d'abcès appendiculaire, l'intervention doit être pratiquée rapidement, sans essayer de refroidir les lésions; il est dangereux de s'acharner à trouver un appendice, parfois noyé au milieu d'adhérences. On se contentera donc de vider l'abcès et de drainer; on aura soin de laisser la malade, durant toute sa grossesse, sous la surveillance continue d'un médecin.

V. — Dans le cas de péritonite diffuse, on devra pratiquer systématiquement l'appendicectomie. La rapidité de l'intervention et l'efficacité du drainage sont, ici, deux facteurs importants de réussite. Nous conseillons le drainage unilatéral dans les premiers mois de la grossesse et le drainage bilatéral, avec contre-incision dans la fosse iliaque gauche, dans les derniers mois, à cause du développement de l'utérus gravide.

VI. — Devant la gravité d'une telle affection, la théorie interventionniste que nous avons soutenue avec tant d'insistance au cours de cette étude paraît la seule plausible, et l'on se rend bien compte qu'il n'est pas exagéré de préconiser l'intervention prophylactique pour les jeunes filles et les jeunes femmes atteintes de crises appendiculaires nettes. Nous les préserverons ainsi des plus graves désordres dont les conséquences sont souvent déplorables.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 19 mars 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFONSI. — Appendicite gangréneuse et grossesse. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1921, p. 823.
- ANDÉRODIAS et VILLAR. — Péritonite d'origine appendiculaire trouvée au cours d'une laparotomie pour rupture utérine. *Soc. obst. et gyn. de Bordeaux*, 12 nov. 1929.
- BINET et JOB. — Une observation d'appendicite et grossesse à terme. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1914, p. 725.
- BONNET. — Appendicite aiguë et inondation péritonéale. *Ann. gyn. et obst.*, 1923, t. II, p. 36-47.
- BRINDEAU. — Appendicite et gestation. *Journ. des praticiens*, 1910, p. 326-328.
- BRINDEAU et JEANNIN. — Appendicite pelvienne et gestation. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1909, p. 169.
- CATHALA. — Pyélonéphrite gravidique. Thèse Paris, 1904.
- CATURANI. — Appendicite et grossesse. *Arch. ital. de ginec.*, Naples, 1913.
- CHAPUT. — Appendicite et grossesse. Thèse Bordeaux, 1923.
- COMMANDEUR et DUVERNAY. — Appendicite et puerpéralité. *Soc. des sciences méd.*, 30 nov. 1904; in *Lyon médical*, janv. 1905, t. CIV, p. 20.
- CONTER. — Appendicite et gestation. Thèse Nancy, 1905.
- COCHE et MASON. — Césarienne et appendicectomie à la fin de la gestation. *Journ. of Am. Assoc.*, 1920, Bd LXXV, n° 2, p. 95.

- COOKE. — Appendicite compliquant la gestation. *New-York méd.*, mai 1909, p. 390-394.
- CROISIER. — Appendicite et vomissements incoercibles. *Soc. obs. de Paris*, avril 1903.
- CROSTE. — Appendicite et gestation. Thèse Paris, 1906.
- DAVIS. — Appendicite compliquant la grossesse. *Amer. J. of obst.*, février 1906, p. 351-58.
- DELAGENIÈRE. — Vomissements incoercibles et gestation. *Gaz. de gyn.*, mai 1914.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Appendicite et gestation. *Manuel de l'accouchement*, Paris, 1924, p. 503-506.
- DONOGHUE. — Appendicite et grossesse. *Boston Med. and Surg. Journ.*; in *Med. Review*, nov. 1902.
- DUBRISAY. — Appendicite des suites de couches. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1901.
- DUPUIS. — De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. Thèse Lille, 1906.
- FALK. — Difficultés du diagnostic de l'appendicite pendant la gestation. *Ann. gyn. et obst.*, 6 avril 1900, p. 402-403.
- FAVREAU et CHAPUT. — Appendicite et gestation. *Progrès méd.*, 24 mars 1913, p. 133.
- FELLNER. — Doit-on terminer l'accouchement avant de faire l'appendicectomie? *Térap. gegenw.*, Berlin, 1906, XLVI, p. 542.
- FILACHET. — Appendicite et grossesse. Thèse Lille, 1922.
- FUTH. — Déplacement du cæcum pendant la grossesse. *Arch. f. gyn. Berlin*, 1905, t. LXXVI, p. 507-536; in *La Semaine médic.*, 7 févr. 1906.
- GAUCHERAUD et PUIG. — Appendicite et grossesse. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1925, p. 728.
- GLOTTAIN. — Appendicite et gestation. Thèse Paris, 1915, n° 87.
- GRATTAU. — Appendicite calculeuse compliquant le travail. *Ann. gyn. et obst. de Paris*, 1920, p. 300.
- GUENIOT. — Sur le drainage de l'appendicite à chaud pendant les derniers mois de la gestation. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1920, p. 7.
- HALL. — Appendicite durant la gestation. *Ann. J. of obst. New York*, LIII, p. 787.

- HARTMANN. — Appendicite et grossesse. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, juin 1929, p. 429.
- HEATON. — Etude particulière de l'appendicite survenant pendant la gestation. *British Med. Journ. London*, 1903, p. 463-63.
- HEINECK. — Appendicite au cours de la gestation. *Rev. gén. Clin. et thérap.*, Paris, 1917, p. 369.
- HERGOTT. — Appendicite et accouchement. *Ann. gyn. et obst. de Paris*, 8 août 1900, p. 151-61.
- HOLMER. — Appendicite compliquant la grossesse. *Amer. Journ. of obst.*, déc. 1903.
- JEANNIN et LEVANT. — Appendicite à chaud et grossesse de cinq mois. *Bull. Soc. obst. et gyn. Paris*, 1911, p. 473.
- JERLOV. — Appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. *Supplem. ad acta gynec. scandinavia*, vol. IV, fasc. I, 1923.
- KONIG. — Appendicite et puerpéralité. Soc. obst. de la Suisse Romande, 5 juillet 1906; in *Revue obst. et pédiatrie*, p. 31, 1906.
- KOUTSIEFF. — Appendicectomie dans la gestation. Thèse Bordeaux, 1913.
- LARDENNOIS. — Appendicite et grossesse : discussion sur le drainage. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1911, p. 527-530.
- LEMELAND et RISACHER. — Sur la tension permanente de l'utérus. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1926.
- LOBENSTIN. — *Bull. of the Lying in Hospital of New-York*, sept. 1908.
- MAORTUA et DUARTE. — Appendicite et gestation. *Annales espagnoles della Beneficencia Municipal*, n° 23, Madrid, nov. 1925.
- MASSAREL. — Appendicite et gestation. Thèse Montpellier, 1901.
- MATHIEU. — Action du traumatisme opératoire sur l'évolution de la gestation. Thèse Bordeaux, 1929.
- MAUCLAIRE. — Péritonite appendiculaire généralisée au cinquième mois de la grossesse. *Soc. obst. et gyn. et péd. de Paris*, déc. 1904, t. VI, p. 290.
- MAYGRIER. — Appendicite pendant la gestation. Acad. de médéc., 21 févr. 1904.
- MICHEL et GUIBAL. — Appendicite et grossesse. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, mars 1929, p. 261.

- MONOD. — Résection de l'appendice à froid pendant la gestation. *Soc. obst. gyn. et péd. de Paris*, juillet 1903, t. V, p. 70.
- PENARD. — Appendicite et gestation. Thèse Paris, 1912, n° 170.
- PERÈS. — Traitement médical de l'appendicite pendant la gestation. Thèse Toulouse, 1901.
- PÉRY, ROCHER et FAVREAU. — Appendicite pelvienne et grossesse. *Bull. soc. obst. de Paris*, 1921, p. 83-88.
- PHOCAS. — L'incision spinoso-ombilicale dans l'opération de l'appendicite. *Presse méd.*, 1927, n° 20, 9 mars 1927, p. 310.
- PINARD. — De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. Communication à l'Académie de médecine, 22 mars 1898, in *Annales gyn. et obst.*, mai 1898, p. 343-354.
- Appendicite et grossesse. *Clin. obst.*, p. 109-114, et *Ann. gyn. et obst.*, mars 1899, p. 177-182.
- Nouveaux documents pour servir à l'étude de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse. Communication à l'Académie de médecine, 6 mars 1900, in *Ann. gyn. et obst.*, mai 1900, p. 337.
- PORAK et DANIEL. — Appendicite perforante après l'accouchement. *Ann. gyn. et obst.*, févr. 1903, p. 54-57.
- PORTES et SEGUY. — Influence de la gestation, du travail et des suites de couches sur l'appendicite aiguë. *Gyn. et obst.*, janvier 1926.
- REEB. — Péritonite, appendicite et gestation de sept mois. *Soc. obst. et gyn. de Strasbourg*, 2 févr. 1924, in *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1924, p. 224.
- ROUTIER. — Accidents fébriles des suites de couches non imputables à l'infection puerpérale. *Soc. obst. de Paris*, juillet 1906, p. 152.
- SCHMID. — Appendicite et gestation. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Méd. u. Chi.*, vol. XXIII, p. 213-332.
- SONNENBURG. — Appendicite aiguë gangréneuse pendant la grossesse. *Deutsche u. Wochenschr.*, Berlin, 1901, XXVII, p. 244.
- TÉDENAT. — Appendicectomie au cours de la gestation. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris* 1912, p. 996-998.
- Appendicite chez la femme enceinte. Réunion Soc. de Montpellier; *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1923, p. 237-241.

- TISSIER et LEMELAUD. — Discussion sur l'évacuation de l'utérus avant l'appendicectomie. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1905, p. 282-286.
- VAUTRIN. — Les fausses appendicites de la grossesse. *Ann. gyn. gyn. et obst. de Paris*, mars 1914, p. 177.
- VIGNES. — Appendicite et gestation. *Journ. des praticiens*, 26 avril 1924, t. XXXVIII, n° 17.

